個人情報の取り扱いに関する同意書

　私（患者本人）は、糖尿病の重症化予防に関する保健指導における個人情報の提供に関し、次の事項について同意いたします。

１　（医療機関名）が、羽島市に対し、患者の病気についての診断名及び治療状況に関する個人情報（以下「個人情報」という。）を提供すること。

２　羽島市が次の業務を行うこと。

（１）（医療機関名）から提供された患者の個人情報を保有し、かつ羽島市の保健師・栄養士等が患者に対し行う保健指導に活用すること。

（２）保健指導中においても糖尿病連携手帳を活用し、患者本人ならびに（医療機関名）との間で情報を共有すること。

（３）羽島市や岐阜県が、患者の個人情報を、今後の糖尿病重症化予防対策を検討する際の基礎データとして、特定の個人が識別されることがない方法で統計・調査研究をする時に限り使用すること。

※羽島市が第三者に上記の目的以外で情報提供することは一切ありません。

　　　　年　　月　　日

　　　　　　同意者（患者本人）

　　　　　　氏名

　　　　　　医療機関

　　　　　　医師名